

Demande d'aide sociale

A déposer au CCAS dans les 2 mois suivant l'entrée en établissement (Selon l'Art 131-4 du CASF)

1^{ère} demande
 Renouvellement
 Révision

Aide sollicitée :

Etablissement médico-social
 Frais de repas
 Accueil familial
 Aide-Ménagère

Adresse de la structure, famille ou prestataire :

.....

.....

1- Identité du demandeur *

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance : || || || || || | Lieu de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

N° sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nationalité : Ressortissant UE Ressortissant hors UE

Date arrivée en France (pour les personnes n'ayant pas la nationalité française) : || || || || || |

2- Domicile (les 3 mois précédents l'entrée en établissement)*

N° : Rue :

Complément d'adresse :

Code postal : | | | | | | | Commune :

Précisez s'il s'agit de l'adresse : du domicile, depuis le || || || || || |

de la personne accueillante (Remplir l'attestation d'hébergement jointe)

(*) : Joindre obligatoirement les justificatifs

3- Représentant légal (le cas échéant)*

Tutelle Curatelle Habilitation familiale Autre (à préciser)

Nom de la personne ou organisme :

Adresse : N° : Rue :

Complément d'adresse :

Code postal : [][][][][][] Commune :

Téléphone : Mail :

4- Situation familiale*

Vous êtes : Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Pacsé(e)

Nombre d'enfants à charge : [][] (Joindre une copie du livret de famille)

Nom et prénom	Date de naissance

5- Ressources du foyer*

	Demandeur	Conjoint, concubin(e) ou pacsé(e)
Salaires, revenus d'activité		
Allocation chômage		
Allocation Adulte Handicapée		
Majoration Vie Autonome, Complément d'AAH		
Pensions, retraites, rentes		
Revenus locatifs ou fonciers		
Autres (à préciser)		

(*) : Joindre obligatoirement les justificatifs

6- Charges*

Mutuelle	
Impôts sur le revenu	
Taxe d'habitation	
Taxe foncière	
Loyer	
Pension alimentaire	
Autres (à préciser)	

7- Epargne – Patrimoine*

Livrets et comptes bancaires		
Type	Solde	Montant des intérêts annuels
Assurances Vie		
Autres capitaux mobiliers (Titres – Actions – Obligations)		

(*) : Joindre obligatoirement les justificatifs

8- Signature du demandeur ou de son représentant légal

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre/ma qualité de représentant de

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus qui sont fournis dans le cadre d'une demande d'aide sociale départementale.

Fait à Le

(Signature)

*Vos informations font l'objet d'un traitement de données personnelles par le Département du Val d'Oise dans le cadre de sa mission d'intérêt public de gestion des demandes d'aides sociales par les personnes handicapées.
L'ensemble des réponses demandées sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier.*

Les destinataires de vos données sont exclusivement les administrations et organismes habilités à traiter votre dossier.

Vos données seront conservées et sécurisées pendant une durée de 10 années suivant la clôture du dossier ou pendant 2 ans en cas de refus de l'aide. A l'issue de ces délais, elles seront détruites.

Conformément à la loi n°78-17 « Informatique et libertés » et au règlement (UE) 2016/679 sur la protection des données personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données personnelles ainsi qu'un droit d'opposition et à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer vos droits, vous pouvez effectuer votre demande auprès du Délégué à la protection des données du Département :

- **Par voie électronique** en envoyant un courriel à : dpd@valdoise.fr.
- **Par voie postale** à l'adresse suivante : Le Délégué à la protection des données - Département du Val d'Oise - 2, avenue du Parc - CS 20201 - 95032 Cergy-Pontoise Cedex.

Si après avoir contacté le Département, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

9- Avis du/de la Président(e) du CCAS ou du Maire (Obligatoire)

Fait à Le

(Avis motivé)

(Signature)

(Cachet)

RAPPEL : Aucune prise en charge ne sera délivrée par nos services si le dossier est incomplet ou s'il manque l'avis du Maire

Attestation d'hébergement

Sauf établissement

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le [][][][][][][][][] à

Demeurant :

Certifie sur l'honneur héberger, depuis le [][][][][][][][][] à mon domicile ci-dessus mentionné

M

Né(e) le [][][][][][][][][] à

De nationalité

Fait à Le [][][][][][][][][]

(Signature)

JOINDRE : La photocopie de la Carte Nationale d'Identité ou de la carte de séjour du logeur ainsi que la dernière quittance d'électricité ou de gaz.

ATTENTION : Tout courrier administratif adressé à la personne hébergée, dans son intérêt, doit lui parvenir rapidement. En effet, il peut faire courir des délais qui, non respectés, entraînent des conséquences graves pour son avenir (ex : délai de recours après un refus de séjour).

L'Article 441-7 du Code Pénal sanctionne d'une peine d'emprisonnement d'un an et d'une amende de 15 000€ toute personne ayant établi sciemment une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts.

Conséquences de l'admission à l'aide sociale

Les personnes sollicitant le bénéfice d'une prestation sociale prévue sur ce dossier sont informées que :

Le bénéfice de l'aide sociale n'est pas systématique. Il est en effet subordonné à des conditions de ressources du demandeur, déterminant également le montant de sa contribution aux dépenses d'hébergement, d'aide-ménagère ou aux frais de repas en foyer restaurant ou portés à domicile.

Récupérations (en application de la loi 2005-102 du 11 février 2005)

- **Frais d'hébergement et d'entretien en foyer (Article L344-5 du CASF)**
 - Récupération sur la succession du bénéficiaire, dès le premier euro de l'actif net successoral, sauf si les héritiers sont : le conjoint, les enfants, les parents, la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée.
 - Suppression du recours en récupération à l'encontre du légataire et du donataire.
 - Suppression du retour à meilleure fortune.
- **Aide-ménagère**
 - Recouvrement sur la succession du bénéficiaire de l'aide sociale à domicile s'exerce sur la partie de l'actif net successoral, défini selon les règles de droit commun, qui excède un seuil fixé par voie réglementaire (seuil à 46 000€) et pour la part des sommes avancées excédant 760€.
 - Recours en récupération à l'encontre du légataire et du donataire.
 - Recours en récupération du bénéficiaire revenu à meilleure fortune.
- **Frais de repas en foyer restaurant ou portés à domicile**
 - Aucune récupération n'est exercée sur les frais de repas.

Important : Afin d'éviter toute rupture de prise en charge par l'action sociale, le bénéficiaire est informé que 6 mois avant la fin de la validité de la décision de la Commission des Droits et le l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), il doit simultanément déposer :

- une nouvelle demande d'orientation auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ;
- un dossier réactualisé de demande d'aide sociale auprès du CCAS de son domicile de secours pour un accueil de jour ou une prestation à domicile.

Nota Bene : Toute modification de votre situation administrative doit être signalée à nos services dans les meilleurs délais (changement d'adresse, hospitalisation, décès, absence du département ou du territoire etc...).

Je soussigné(e),

déclare avoir pris connaissance des dispositions ci-dessus indiquées.

Fait à Le

(Signature)

Liste des pièces justificatives à joindre obligatoirement à la constitution du dossier

- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopie du livret ou carnet de circulation, le cas échéant
- Photocopie recto-verso de la carte de séjour en cours de validité
- Trois dernières quittances de loyer ou dernière facture EDF-GDF précédant l'entrée en établissement
- Attestation d'hébergement (jointe en page 5), le cas échéant

- Photocopie de l'ordonnance, jugement de tutelle, de curatelle ou d'habilitation familiale
- Photocopie du jugement de divorce, le cas échéant

- Déclaration de revenus au titre de l'année précédente avec dernier avis d'imposition ou de non-imposition reçu de l'intéressé ou de ses parents, du conjoint ou concubin
- Justificatifs des ressources de quelque nature qu'elles soient des trois derniers mois
- Justificatifs des prestations familiales/pensions
- Photocopie des trois derniers relevés de compte courant, de livret, de compte épargne ou d'autres banques avec le montant des intérêts de l'année précédente
- Relevé de situation des capitaux mobiliers, des revenus produits, des revenus fonciers avec justificatifs : relevés annuels de situation du patrimoine des deux années précédant la demande
- Avis de paiement de la CAF :
 - L'Allocation Adulte Handicapée (AAH) de l'année en cours
 - L'Allocation Logement ou Aide Personnalisée au Logement
- Titres de :

- Pension d'invalidité assortie ou non de la Majoration Tierce Personne
 - Pension pour maladie professionnelle
 - Rente accident de travail/pension de réversion
 - Pension servie par une compagnie d'assurance ou tout autre organisme
- Jugements relatifs à indemnité versée suite à un accident de la voie publique ou autres, le cas échéant
- Notification de la décision de la CDAPH :
- Prononçant la reconnaissance de travailleur handicapé
 - Prononçant le taux d'incapacité permanente
 - Prononçant l'ouverture ou le renouvellement des droits AAH
 - Préconisant l'orientation et le type d'établissement d'accueil
- Décision de la CDAPH prononçant le maintien au titre de l'amendement Creton et notification de décision d'accord ou de refus par la CPAM
- Attestation de l'établissement précisant la date d'entrée effective ou présumée, le type d'accueil, agrément de la personne accueillante et contrat type d'accueil familial
- Copie de l'échéancier de mutuelle mentionnant le montant de la cotisation de l'année d'admission
- Pour les prestations à domicile :
- Certificat médical précisant le nombre d'heure d'aide-ménagère ou de repas
 - Notification de la décision de la CDAPH prononçant le taux d'incapacité permanente ou la reconnaissance d'inaptitude au travail si le taux d'invalidité est inférieur à 80%